

# Política Nacional de Promoção da Saúde: os dilemas da autonomização<sup>1</sup>

National Health Promotion Policy the dilemmas of autonomy

## Mariama Augusto Furtado

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: mariama.furtado@gmail.com

## Ana Maria Szapiro

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. Programa Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: anaszapiro@uol.com.br

## Resumo

Este artigo analisa o discurso da Política Nacional de Promoção da Saúde, especialmente a concepção de autonomia presente nesse documento, interrogando seus efeitos nas sociabilidades quanto à ênfase na responsabilidade individual no cuidado com a saúde. Procedendo à revisão do documento oficial da política, definimos três eixos sobre os quais desenvolvemos a análise: responsabilização individual; ênfase na escolha individual e nos hábitos de vida; processos de subjetivação. Tal objeto se justifica na medida em que é fundamental refletir sobre como são formulados os modelos de atenção à saúde, a que relações de poder eles estão a serviço e quais são os processos de produção discursiva que permitem a enunciação de um determinado modelo de política pública de saúde. Com esta pesquisa pretendemos contribuir para o debate no interior do campo da Saúde Coletiva com relação às formulações conceituais da Promoção da Saúde, a fim de propor reflexões comprometidas com a transformação na maneira de pensar e intervir na saúde da população brasileira.

**Palavras-chave:** Autonomia; Desregulamentação; Política Pública; Subjetividade, Promoção da Saúde.

## Correspondência

Ana Maria Szapiro

Av. Pasteur, 250. Instituto de Psicologia, Pavilhão Nilton Campos, Praia Vermelha. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP 22290-250.

## Abstract

This article analyses the National Health Promotion Policy discourse and the conception of autonomy in this document, raising questions about its social effects, especially in what concerns the individual responsibility towards health care. The official document was examined and three main ideas were defined for its analysis: individual responsibility; focus on personal choices and everyday habits; subjectification processes. We consider that the discourse of promotional health determines a standardization of life styles that are considered to be healthy, highlighting the responsibility of each individual of preserving their personal health. Such object is justified because it is essential to reflect on how the health care models are formulated, that power relations they are at the service and what are the discursive production processes that allow the enunciation of a given model of public health policy. We intend to contribute with this research to the debate within the public health field, regarding the conceptual formulations under the Health Promotion, to propose reflections aimed to transform the way they think and intervene in Brazilian population's health.

**Keywords:** Autonomy; Deregulation; Public Policy; Subjectivity; Health promotion.

## Introdução

No Brasil o campo da Promoção da Saúde tem se tornado referência para a elaboração das políticas públicas, partindo de um conceito ampliado de saúde que passa a ser concebida para além da visão estritamente biomédica. Partindo de um conceito amplo de saúde, tal política formula ações que pretendem operar na redução dos riscos de adoecer e na melhoria da qualidade de vida. Conforme destaca o art. 6 da Portaria nº 2.446 (Brasil, 2014), que redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde, “a PNPS tem por objetivo geral promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais”. São referências na construção do discurso da Promoção da Saúde a importância das ações integradas e das intervenções nos determinantes sociais do processo de adoecimento, bem como as críticas ao reducionismo do modelo biomédico. O objetivo deste artigo é analisar a noção de autonomia presente no discurso do documento da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS/2006), interrogando igualmente a ênfase na responsabilidade individual no cuidado com a saúde presente nesse discurso.

Além de uma investigação teórica sobre o conceito de autonomia, realizamos uma análise qualitativa do discurso oficial brasileiro presente no documento da Política Nacional de Promoção da Saúde (2006). Partindo desse documento, definimos três eixos de análise de modo a buscar responder as questões presentes no objetivo deste artigo: responsabilização individual; ênfase na escolha individual e nos hábitos de vida; processos de subjetivação.

A busca na literatura de um embasamento que contribuísse para a construção desta análise se justifica pela relevância da temática da promoção da saúde, uma vez que consideramos fundamental refletir sobre a formulação dos atuais modelos de atenção à saúde e a que relações de poder se articulam, buscando explicitar os processos de produção discursiva que permitem a enunciação de um determinado modelo. Revisamos, portanto, publicações

sobre a Política de Promoção da Saúde no Brasil que pudessem contribuir com a construção dos argumentos aqui levantados e da análise proposta do documento nacional.

Destacamos, a esse respeito, a análise da Política Nacional realizada por Traverso-Yépez (2007), na qual a autora esboça uma interessante crítica que convida a pensar o problema da desigualdade social no contexto brasileiro, que dificulta a adoção da maior parte das ações propostas pela Política. Destaca, ainda, o caráter hierárquico-prescritivo de algumas proposições, que merecem ser analisadas de um ponto de vista reflexivo.

Castiel e Diaz (2007), ao adotarem em sua publicação o termo “saúde persecutória”, por sua vez, anunciam uma perspectiva que interroga sobre as práticas que enfatizam a responsabilidade individual no cuidado com a saúde, analisando a categoria: “indivíduo sob risco”. Dessa forma, discutem de que maneira o discurso da Promoção da Saúde reafirma essa responsabilidade. Também Carvalho (2007), na publicação *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança*, examina o movimento de Promoção da Saúde, destacando seus limites e possibilidades.

A partir da revisão bibliográfica operada nesse estudo, a pergunta que buscamos sustentar aqui é: o que significa autonomia no contexto da Política Nacional de Promoção da Saúde?

A noção de autonomia presente no documento é, a nosso ver, efeito das transformações mais amplas em curso no mundo atual, fundamentalmente com relação a valores como liberdade, autonomia e ao papel do Estado. Assim, é preciso analisar a noção de autonomia tal como vem sendo compreendida hoje e, especificamente, interrogarmos sobre o modo como essa noção vem transformando o discurso atual das políticas de saúde. Nogueira (2003) sinaliza o sentido da “saúde pelo avesso” presente nas ênfases atualmente dadas ao cuidado autônomo em saúde, colocando em questão também essa noção e seus efeitos no campo das políticas públicas de saúde contemporâneas.

Embora tenha incorporado uma extensão de inovações ao campo da saúde, observamos que o discurso da Promoção da Saúde, de certo modo, atém-se à superfície de alguns dos fenômenos que

determinam o campo da saúde, sem aprofundar a relação entre o cuidado individual com a saúde e as condições socioeconômicas. Assim, tomamos a promoção da saúde como uma prática que precisa ser revisitada e seus conceitos problematizados de modo a possibilitar o questionamento sobre a maneira como pensamos sobre o que é “promover saúde”. A questão que acompanha o objetivo deste artigo se desdobra na pergunta sobre que noção de sujeito e de laço social subjaz ao discurso da promoção da saúde.

## Liberdade e autonomia: o projeto da modernidade

O Iluminismo do século XVIII marcou um momento histórico no qual as tradições filosóficas, as correntes intelectuais e as atitudes religiosas enfatizavam as ideias de progresso, de aperfeiçoamento humano e de defesa do conhecimento racional como meio de superação de um mundo tradicional que se queria deixar para trás. O debate intelectual travado pelos primeiros filósofos iluministas assinalava uma oposição entre tradição de um lado e modernidade de outro: duas concepções distintas sobre a natureza do homem, seu meio social e as fontes de seu conhecimento. Com o declínio do poder medieval surgiram lentamente novas forças que começavam a esboçar os substratos do mundo moderno.

Kant (1784), em seu texto *Resposta à pergunta: o que é o Iluminismo?*, definiu o projeto iluminista de maneira bastante eloquente. Ali ele sustentou que o Iluminismo seria a saída do homem de sua “menoridade”, sendo este termo aquilo que traduzia, para ele, a incapacidade do homem de se servir de si mesmo e de seu próprio entendimento sem depender de outrem. A maioria invocada por Kant se referia a sua tese de que a autonomia do homem só poderia ser conquistada a partir da razão. Para Kant, o exercício da razão é o que permite, em última instância, a conquista da liberdade. A ação livre seria, portanto, aquela que estaria em conformidade com o exercício de uma autonomia conquistada por meio do juízo racional. Uma das características marcantes da narrativa moderna foi, portanto, a busca da autonomia, o que inaugurava, desde então,

uma nova compreensão do homem a partir de suas questões lógicas próprias, internas, e não mais pela submissão natural a um poder teológico, ao poder eclesiástico, ou ainda ao poder do soberano. A transição de um modo de pensar o mundo tradicional para um modo de pensar moderno também está intimamente relacionado ao avanço do processo de individualização nos séculos XV, XVI e XVII na Europa, como analisou o sociólogo Elias (1994) em sua obra *O processo civilizador*. A noção de individualidade, entretanto, carrega sentidos diversos, e, por vezes, pode conduzir a equívocos quanto a sua apreensão nos diferentes contextos.

A noção de individualização que tomamos aqui segue o sentido presente na obra de Elias (1994). Para ele, o processo de individualização que emerge na atmosfera iluminista diz respeito ao grau de autonomia alcançado pelos homens que passaram, com isso, a ocupar posições independentes na sociedade, orientando suas vidas a partir do trabalho da razão individual e do juízo próprio. Elias (1994) enfatiza a importância desse movimento de individualização, a partir do qual cada pessoa isolada passou a se perceber como capaz de realizar suas aspirações e seus projetos. Assim, o laço social se constitui na medida em que os homens precisam ajustar-se uns aos outros, dentro de suas redes de relações, ao mesmo tempo em que devem criar espaços próprios para se desenvolverem como indivíduos, de maneira a dar expressão a suas singularidades.

O exercício da autonomia, nesse sentido, se expressa por meio da possibilidade de pensar as relações e o funcionamento da sociedade. Isto é, ser autônomo significa ter consciência da historicidade da constituição da sociedade e que a maneira como fundamentamos as relações e organizamos as instituições poderia ser diferente, de modo que nenhuma delas podem se colocar como imunes a uma análise crítica e à reavaliação.

Desse modo, é preciso considerar, numa perspectiva histórica e levando em conta seus diferentes modos de apreensão, que a noção de autonomia ocupou na narrativa moderna um lugar central enquanto exercício de conquista da liberdade, e hoje adquire um sentido bastante diferente nas sociedades pós-industriais. A noção de autonomia

se reduziu ao que Nogueira (2003) denominou de “autonomia às avessas”, que compreenderemos melhor mais adiante. Eis porque é fundamental discutirmos o sentido que essa noção adquire atualmente, especialmente no interior do discurso da saúde promocional e nas suas práticas.

## Instrumentalização e pluralização da autonomia na pós-modernidade

Tomamos como referência o conceito de pós-modernidade tal como foi definido por Lyotard (2006) para compreender as mudanças em curso no mundo contemporâneo. Segundo ele, a pós-modernidade corresponde a uma época caracterizada pelo esgotamento das grandes narrativas de legitimação, notadamente a narrativa religiosa e a narrativa política.

Dufour, em sua trilogia (2005, 2008, 2009), analisou vastamente as transformações nas subjetividades que vêm caracterizando a época pós-moderna, destacando os efeitos dessas transformações sobre o sujeito e sobre a cultura. Ele sustenta que a pós-modernidade corresponde ao fim de toda metafísica ocidental sobre a qual se constituiu a modernidade; sublinhando ainda de que modo a época pós-moderna corresponde, na economia capitalista, ao advento das sociedades neoliberais de mercado. Nessa perspectiva, acentua Dufour (2008), o sentido de indivíduo autônomo tal como pensado no projeto moderno encontra-se em crise. Assim, o autor observa que hoje não estamos mais no contexto de um modelo de individualização moderno, mas em outro contexto que ele denomina de pós-individualismo: a forma de individualismo atual se constituiu justamente a partir do abandono dos princípios transcendentais que tomavam por referência uma instância coletiva. Esses princípios, segundo Dufour (2008), representavam os fundamentos da raiz moderna do processo de individualização e constituíam o sentido da política e a possibilidade de construção do laço social. Desse modo, o autor considera um equívoco supor que o processo de individualização que nos permitiu, a partir da modernidade, pensarmos por nós mesmos de forma autônoma, possa ser a causa das dificul-

dades atuais. O empreendimento que permitiu o processo de individualização e autonomia no campo social corresponde exatamente àquilo que foi o programa transcendental moderno, isto é, ao ideal de libertação dos ídolos e o exercício de um processo de autonomização que se daria por meio de uma exigente ascese crítica. Desse ponto de vista, Dufour (2008) considera que o projeto moderno não chegou a se realizar tal como se esperava, posto que não nos tornamos “indivíduos” - termo que remete à constituição de singularidades construídas no interior do laço social. Ao contrário, levamos às últimas consequências outro sentido de “indivíduo” que corresponde mais exatamente “ao cada um por si”, resultando na constituição do que o autor denomina de “egoísmos agregados” ou mesmo “rebanhos de consumidores”, configurando um modo de subjetivação “egogregário” característico dos dias atuais.

Nesse contexto, o exercício da autonomia se traduz numa ideia de um estado de liberdade “natural”, que faz crer que seríamos completamente livres para escolher os modos de vida que quisermos viver. Então, a pergunta que se coloca é: por que precisamos afirmar que somos livres quando vivemos “em rebanho”? Porque, argumenta ainda Dufour (2008), o modo de produção capitalista que hoje constitui as chamadas “sociedades de consumo” necessita, para funcionar, que cada um possa acreditar-se livre para consumir. O movimento em direção ao consumo demanda que o indivíduo se acredite livre para escolher seu estilo de vida dentre aqueles disponíveis no cardápio do mercado, consistindo nisto o exercício de sua autonomia.

Da mesma maneira, Czeresnia (2009) observa que essa noção de autonomia atualmente se incorporou ao dia a dia da produção de bens e serviços, na razão direta do avanço tecnológico de cada área da atividade pós-industrial, levando os indivíduos a exercerem uma autonomia regulada e estimulando a livre escolha segundo a lógica do mercado. Nesse contexto, e essa é a questão que nos chama atenção, vemos surgir todo um conjunto de discursos, no âmbito das políticas públicas, sobre a responsabilidade de cada um pelo cuidado com sua saúde, exaltando-se aí a ideia de que somos autônomos para fazer isso da melhor forma possível.

Ainda sobre a problemática da autonomia, para Nogueira (2003), duas formas principais de autonomização em saúde têm sido invocadas: o *empowerment* (empoderamento) das pessoas e das comunidades, compreendido como um trabalho de desenvolvimento de um estado de potência para enfrentar seus problemas; a responsabilização diante dos riscos em saúde. No campo da promoção da saúde, a noção de risco como instrumento de responsabilização em saúde adquiriu uma verdadeira força moral que atua por meio da exortação à autonomia, no sentido de nos colocarmos conscientes da importância que devemos conferir ao exame dos nossos estilos de vida.

Nesse sentido, o discurso da promoção da saúde enfatizando a ação individual por meio da exortação ao exame dos estilos de vida, ao mesmo tempo em que se situa num contexto que pressupõe que os indivíduos são livres para escolher, acaba se constituindo numa forma sutil de controle confundida com uma conquista de autonomia. Assim, a regulação dos comportamentos e hábitos em direção ao que se define hoje como sendo uma vida saudável não é percebida como restritiva, pelo contrário, ela carrega a marca da autonomia e do *empowerment* que, supostamente, promovem nosso próprio bem estar e qualidade de vida.

Identificamos aqui o dispositivo de controle, tal como foi assinalado por Deleuze (1992), dispositivo que nos atravessa e nos produz, e que Nogueira (2003) denomina de “autonomia às avessas”. Pensamos com esse autor que, de fato, trata-se de uma autonomia às avessas uma vez que a ideia de autonomia, central no projeto moderno, estava ligada à relação consigo e com o outro. Ou seja, ao grau de esclarecimento que permitiria, na relação consigo, estabelecer as melhores escolhas dentre a gama de possibilidades levando em conta a esfera coletiva. Ao contrário, nessa autonomia às avessas experimenta-se uma vivência da autonomia próxima do que seria a ideia de “faça você mesmo e por si mesmo”.

Contudo, o “faça você mesmo” é um modo de subjetivação no qual o par “regulação sanitária - regulação econômica” se consolida e se torna evidente. Nesse par encontramos o projeto fundamental ao

indivíduo pós-moderno, que deve não só fazer por si mesmo, mas “fazer-se a si mesmo”, por meio de um autoinvestimento na fabricação de um corpo saudável perfeito e em todos os demais aspectos que representam hoje o “ser saudável”.

No discurso da Política Nacional de Promoção da Saúde, o estímulo à ação individual ali se coloca como um pressuposto que recebe uma ênfase considerável. A ênfase outrora dada aos determinantes sociais na definição da saúde parece então ter sido colocada em segundo plano atualmente. A promoção do cuidado autônomo com a saúde, que só pode ser secundária com relação à construção de políticas públicas de saúde, deveria ser tratada como uma ação *a posteriori*, uma vez que o direito ao cuidado com a saúde estivesse minimamente assegurado para todos, o que não é absolutamente ainda o caso no Brasil. No entanto, essa ideia foi central na construção da proposta de um Sistema Único de Saúde e que ainda estamos longe de conquistar efetivamente.

## **Análise do documento da Política Nacional de Promoção da Saúde**

Como observa Traverso-Yépez (2007), as concepções e argumentações sobre o tema da saúde não resultam somente em políticas públicas, mas produzem também formas de ação e formas de subjetivação na vida em sociedade. Segundo a autora, toda leitura das novas propostas de ordenamento social deve ser necessariamente acompanhada de uma ampla análise reflexiva.

Para a análise do documento da Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006) optamos por um modelo de análise que nos permitisse compreender como se formam os discursos, a que relações de poder estão a serviço, como se modificam e como se deslocam, que força exercem efetivamente e quais foram suas condições de surgimento, de crescimento e de consolidação (Foucault, 2008). No documento da Política Nacional a Promoção da Saúde aparece inserida em uma série de construções discursivas, como sinaliza Traverso-Yépez (2007). A partir dos eixos de análise definidos, buscamos identificar as construções discursivas que dizem respeito à ques-

tão da autonomia, destacando trechos do documento e discutindo-os em seguida.

### **Responsabilização individual**

A “introdução” do texto da política contém uma série de enunciados a propósito de valores sociais e cidadania, das estratégias de produção e intervenção em saúde, reflexões sobre as mudanças econômicas em curso e seu impacto na saúde, e sobre a definição da saúde e dos fatores envolvidos no processo de adoecimento. Dessa parte do documento destacamos o seguinte enunciado: “O agir sanitário envolve fundamentalmente o estabelecimento de uma rede de compromissos e corresponsabilidades em favor da vida e da criação das estratégias necessárias para que ela aconteça” (Brasil, 2006, p. 11-12). O agir sanitário, que imaginamos que se refere às ações de cuidado com a saúde, segundo o documento envolve um apelo à formação de redes de corresponsabilidades em favor da vida. A pergunta é, quais seriam exatamente os atores corresponsáveis pela criação de estratégias para que ela (a vida) aconteça? Notamos que não está claro, no trecho destacado, que instância social seria responsável pela elaboração e implementação das ações de saúde: seria a população de um modo geral, seriam os trabalhadores da saúde, os gestores, os movimentos e grupos sociais?

Deparamo-nos com enunciados em que não há presença de um sujeito específico, o que faz pensar que tais enunciados se constituem em teses gerais sem que seja atribuído a um ente específico a responsabilidade de dar consequência às proposições anunciadas. Eis aqui um exemplo típico do que Amorim (2012) assinala como uma transformação da forma enunciativa comum e a instauração de um enunciado fusional. A forma enunciativa comum, como sustenta Benveniste (2006), constitui a base de uma relação intersubjetiva entre um Eu (nesse caso o Estado) e um Tu (nesse caso o cidadão) a respeito de um Ele (no caso uma determinada política de saúde).

A forma discursiva de um saber, lembra também Amorim (2009), é o que permite analisar a relação de alteridade, ou seja, o “outro” ao qual um enunciado

se dirige e que lugar lhe é conferido. No caso, a forma discursiva predominante na cena enunciativa pós-moderna é o saber pragmático, que a autora denominou saber *Métis*, fazendo referência à deusa grega cujo atributo principal era a astúcia (Amorim, 2009). O que caracteriza o saber *Métis* é que o lugar do Eu não se fixa, não ficando claro quem é a primeira pessoa do enunciado e, portanto, de quem é a responsabilidade por uma fala. Como resultado, as diferenças não se afirmam, os lugares se dissolvem numa relação em que a alteridade desaparece, isto é, o Eu e o Outro se confundem quanto aos seus lugares.

Isso é o que vemos, por exemplo, no enunciado que acabamos de destacar. Ali a transformação se deu pela supressão do lugar da autoridade, ou seja, daquele que se supõe que deva estar no lugar de responsabilizar-se por formular e implementar ações “em favor da vida”. Amorim (2012) identificou esse mecanismo como uma verdadeira violência enunciativa, típica, no nosso entendimento, dos enunciados ultraliberais pós-modernos – nos quais o lugar de responsabilidade e de autoridade do Estado como implementador das políticas públicas foi suprimido. Alguns conceitos utilizados ao longo do documento, tais como “autoajuda”, “empowerment”, “participação comunitária” etc., reafirmam esse sentido. Como sinaliza Carvalho (2007), esses conceitos guardam uma indefinição quanto às atribuições dos direitos de cidadania e, principalmente, das responsabilidades do Estado.

Na definição dos “Objetivos Específicos” da Política Nacional de Promoção da Saúde encontramos doze itens. O item II diz: “Ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, [...] no cuidado integral à saúde” (Brasil, 2006, p. 17). As “diretrizes” da política são explicitadas em seis itens, dentre eles destacamos o item III, que estabelece como princípio: “Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário” (Brasil, 2006, p. 190).

Vemos nesses enunciados destacados que estamos diante dos mesmos enunciados fusionais discutidos anteriormente, nos quais o lugar do Eu que

fala, ou seja, o lugar daquele que propõe e que se põe responsável, foi suprimido. Esse lugar fica diluído na repetida ênfase na responsabilidade individual, que tem sido a marca do discurso sanitário contemporâneo. A autonomia e a liberdade de escolha como prerrogativas inquestionáveis do indivíduo nesse contexto se revelam um paradoxo, pois se por um lado afirmam-se por meio do “empoderamento” uma ampla liberdade de escolhas de cada um quanto ao cuidado com a saúde, por outro tal liberdade deve corresponder também às exigências de responsabilidade sobre suas escolhas e sobre os riscos que se pretende ou não correr.

Sendo assim, surge um indivíduo que é livre para fazer escolhas, mas que, ao mesmo tempo, impõe-se um autocontrole na forma de um vigiar-se, incitado que está pela exigência de responsabilidade individual, no sentido do que Foucault (1999) descrevia como o novo dispositivo de regulamentação e que se constituiu como fundamento das sociedades neoliberais (Szapiro, 2005). A incitação à responsabilidade individual desempenha, por assim dizer, um papel central no projeto de desregulamentação da saúde.

### **Ênfase na escolha individual e nos estilos de vida**

O texto da política propõe que “as intervenções em saúde ampliem seu escopo, favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham” (Brasil, 2006, p. 11). Na página 31 do documento lemos ainda que deve-se “estimular ações que promovam escolhas alimentares saudáveis por parte dos beneficiários dos programas de transferência de renda” e “estimular ações de empoderamento do consumidor para o entendimento e uso prático da rotulagem geral e nutricional dos alimentos”, de tal maneira que todos – ao escolherem seus produtos – sejam capazes de ler e interpretar as tabelas nutricionais. Empoderar o consumidor significaria, desse modo, capacitá-lo a adquirir conhecimentos nutricionais amplos de modo a poder pautar suas escolhas de forma “racional” e “saudável” baseados nesses conhecimentos, adquirindo dessa maneira produtos com base nas normas alimentares para uma boa saúde.

Na discussão sobre as Estratégias de Implementação da política, encontramos no item II a seguinte proposição: “Estímulo à inserção de ações de promoção da saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde, alimentação saudável e prevenção, e controle do tabagismo” (Brasil, 2006, p. 20). Notamos nos trechos anteriormente destacados uma ênfase notável quanto à definição de hábitos de vidas saudáveis e quanto à prescrição das ações que devem ser seguidas para atingir bons padrões de saúde: alimentação, práticas corporais, antitabagismo etc.

Nessa perspectiva, o documento define o roteiro de escolhas saudáveis e os modos de vida que devemos seguir para atingir um bom padrão de saúde, de modo que a política de promoção da saúde se concentra em estimular as boas escolhas de cada um, novamente atribuindo a cada pessoa a responsabilidade pelo cuidado com sua saúde. De modo geral, além da generalidade dessas teses e da ausência do lugar do enunciador - nesse caso, vale repetir, o Estado - identificamos aqui um discurso que passa ao largo da realidade brasileira, marcada, como sabemos, por uma acentuada desigualdade socioeconômica e de acesso aos serviços de saúde.

O documento da Política Nacional de Promoção da Saúde parece considerar, estranhamente, que a população à qual esta política se dirige é composta de pessoas providas de todas as condições que lhes permitam, uma vez esclarecidas, terem a possibilidade de escolher entre esse ou aquele modo de vida, sendo mais ou menos saudável. No entanto, sabemos que não se trata tão somente de uma questão de eleger opções de viver, mas de muitas vezes estar submetido a um modo de vida que dificulta, quando não inviabiliza, as possibilidades de escolha.

### **Processos de subjetivação**

O modo como o discurso da promoção da saúde circula e exerce influência - os posicionamentos e as ações que pretende viabilizar - participa ativamente na produção dos modos de subjetivação de todos os atores envolvidos (Traverso-Yépez, 2007). A parte do documento que define as ações específicas da Políti-

ca de Promoção da Saúde se divide em oito tópicos, e neles há uma interessante distribuição de prioridades que foi possível identificar analisando cada tópico e percebendo a ênfase dada a cada um deles.

O primeiro tópico, “Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde”, é apresentado brevemente em dez linhas divididas em quatro breves itens, que não recebem muitas considerações. Assim, os modos pelos quais a política pretende ser implementada não parecem bem descritos, revelando uma fragilidade quanto às reais possibilidades de concretização das ideias propostas. Já para o segundo tópico “Alimentação saudável”, foram dedicadas cinco páginas com o repertório das referentes ações, contendo cada uma diversos itens e subitens. Destacamos o enunciado do Item III, “Disseminar a cultura da alimentação saudável em consonância com os atributos e princípios do Guia Alimentar da População Brasileira”, que configura um discurso sobre um viver baseado em regras higiênicas que pretendem construir repertórios de hábitos saudáveis, considerando-os como garantia de saúde.

Para o terceiro tópico “Prática corporal/atividade física”, somos contemplados com três páginas repletas de itens e subitens, dos quais retiramos os seguintes para efeito de análise:

- II. a) organizar serviços de saúde de forma a desenvolver ações de aconselhamento junto à população, sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis;
- II. b) desenvolver campanhas de divulgação estimulando modos de viver saudáveis objetivando reduzir fatores de risco para doenças não transmissíveis (Brasil, 2006, p. 34).

O quarto tópico, “Prevenção e controle do tabagismo”, também bastante privilegiado, se desenrola ao longo de duas páginas.

O conjunto de campos de ação descritos pelo discurso da promoção da saúde se concentra, podemos assim resumir, na definição de práticas de redução de risco e na produção de modos de ser e viver, favorecendo a expressão de um ideal de viver saudável que se conquistaria a partir de um conjunto de

escolhas saudáveis, como a alimentação, a prática de atividades físicas, o controle do tabagismo etc. Trata-se verdadeiramente da instituição de uma nova cultura da saúde.

Nesse sentido, há uma asserção explícita no documento quanto ao “ser saudável” que significa mais do que não estar doente, mas envolve uma concepção de vida com qualidade, que se conquista a partir do desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida. Dessa maneira, as mais diversas atividades da vida social, os hábitos esportivos, as práticas religiosas, sexuais etc., passam a ser consideradas como práticas de saúde. A força desse discurso é tão grande que a predominância desses padrões de saúde estimula hoje o crescimento de um massivo mercado de produtos considerados capazes de, uma vez consumidos, fazer com que as pessoas tenham saúde. A incitação ao consumo própria das sociedades de mercado se revela no documento, recomendando o consumo de produtos e de atividades que participam da construção de um ideal da saúde, ou de uma saúde ideal.

O sexto tópico do documento que trata da “Redução da morbimortalidade por acidente de trânsito”, estranhamente não parece ser um assunto tão importante na agenda das ações promocionais, uma vez que sua descrição não passa de sete linhas pouco elucidativas. Assim como o quinto tópico “Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas”, que recebe um restrito grupo de ações ao longo de seis curtos itens, não deixando de conter a seguinte proposição: “Desenvolvimento de iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool e outras drogas que envolvam a corresponsabilidade e autonomia da população”. Aqui, mais uma vez, a ênfase na responsabilidade e autonomia se coloca para todas as pessoas.

Por fim, os dois últimos tópicos, “Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz” e “Promoção do desenvolvimento sustentável”, dividem apenas uma página, na qual encontramos descrições abrangentes e pouco elucidativas a respeito da viabilidade de implementação das referidas ações. Ao que parece, nos aspectos em que a ação do Estado deve apresentar-se fortemente e a forma enunciativa

comum de um “Eu-Tu e Ele” se faz imperativa, a política de promoção da saúde tem pouco a dizer.

A PNPS foi revisada em 2014, a partir da publicação da Portaria nº 2.446 (Brasil, 2014), e nesta alguns valores, princípios e objetivos específicos foram reforçados e merecem ser destacados. Embora a análise desse estudo tenha se concentrado na versão de 2006 da PNPS, consideramos relevante observar se houve alguma mudança significativa na versão revisada com relação aos eixos de análise aqui levantados.

Nesse sentido, destacamos o art. 3, parágrafo II, que determina a “felicidade” como um dos valores fundamentais da PNPS, compreendida como auto-percepção de satisfação e que contribui, segundo o documento, “para capacidade de decidir como aproveitar a vida e como se tornar ator partícipe na construção de projetos e intervenções comuns para superar dificuldades individuais e coletivas a partir do reconhecimento de potencialidades” (Brasil, 2014). Percebemos, dessa maneira, que o tema da felicidade aparece como valor fundamental e que pertence ao quadro dos eixos de análise “escolha individual e estilos de vida” e “modos de subjetivação”, com destaque para a questão dos estilos de vida e da autopercepção de satisfação orientados para a escolha sobre como melhor aproveitar a vida.

O eixo de análise sobre “responsabilização individual” pôde ser igualmente recuperado na versão revisada. Ainda no art. 3, chamou-nos atenção o parágrafo VI, que destaca a “corresponsabilidade” também como valor fundamental da política, definindo-a “enquanto responsabilidades partilhadas entre pessoas ou coletivo, onde duas ou mais pessoas compartilham obrigações e/ou compromissos” (Brasil, 2014). E no art. 4, o parágrafo III define a “autonomia” como princípio da política que, segundo o texto, “se refere à identificação de potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias”. Conforme reflete criticamente Castiel (2007), como se a definição racional das escolhas pudesse resolver o problema das questões que envolvem a saúde de sujeitos e comunidades.

Embora a Portaria que revisa essa política tenha se mantido com poucas mudanças significativas, destacamos a presença reforçada do tema da inclusão social, da valorização dos saberes populares e da discussão sobre o enfrentamento das injustiças com relação às diferenças de gênero e orientação sexual. No mais, observamos que, em linhas gerais, o discurso da Política se mantém fundamentalmente orientado pelos mesmos pressupostos, reforçando temas prioritários tais como as ações voltadas para a alimentação saudável, práticas corporais, enfrentamento do tabaco e uso abusivo de álcool e outras drogas (art. 10). Os valores e princípios norteadores não redefinem, mas sim renovam o destaque à questão da autonomia, do empoderamento, da escolha racional de comportamentos e estilos de vida saudáveis, incluindo a autopercepção de felicidade.

Consideramos, nesta análise, que a política de promoção da saúde faz parte do contexto marcado pela crise e pelo lento desaparecimento e descrédito do projeto do Estado de bem-estar social a partir das últimas décadas do século XX. A ascensão do neoliberalismo num mundo globalizado afundou as bases ideológicas do Estado de bem-estar, desregulamentou as instituições sociais e subverteu a lógica da construção de espaços de debates sobre as questões públicas.

A noção naturalizada da autonomia presente no documento analisado, reiterado na versão revisada, promove consideráveis efeitos no campo da saúde. Pois, enfraquecendo a ideia de que cabe ao Estado a autoridade política de implementar ações de saúde de modo a contribuir no processo de conquista de autonomia dos seus cidadãos, a Nova Saúde Pública e o discurso da saúde promocional fazem eco com a ideologia neoliberal, usando o autocuidado e a ilusão de uma autonomia já dada como justificativas para tornar aceitável a ausência de uma verdadeira política pública de Estado, hoje transformada, no caso do Brasil, em um exercício bem sucedido de considerar os recursos destinados à saúde como “gastos em saúde”.

Do ponto de vista das políticas neoliberais, a tendência a reforçar tal concepção de autonomia está vinculada à preocupação com os custos globais do cuidado. O controle dos riscos, dessa maneira,

passa a ser sinônimo de controle dos custos e exige esforços diversos para transformar cada “usuário” em indivíduos responsáveis por sua própria saúde.

Conforme argumentam Paim e Almeida Filho (1998), em países de capitalismo dependente - como é o caso do Brasil, que não atingiu nem de longe um Estado que de fato pudesse denominar de bem-estar e onde foram adotados tão somente alguns dos seus princípios no escopo dos serviços públicos - as políticas neoliberais orientadas pelo mercado entram em conflito com aquelas de cunho social, tendendo a inviabilizar as expectativas referentes às políticas de saúde universalizantes.

Para Chauí (2000), o projeto da modernidade como o projeto da autonomia iria esbarrar inevitavelmente em muitos obstáculos. De fato, como ressaltam Boltanski e Chiapello (2009), se nos libertamos da subordinação à teologia, à religião, ao poder absoluto ou ao antigo regime, hoje estamos diante da difícil tarefa de enfrentar outro poder (mais perverso porque imperceptível): o poder do mercado. Nesse contexto, a luta pela autonomia se realiza sob um processo tortuoso e em constante retrocesso, graças ao modo de funcionamento do “novo espírito do capitalismo” e das leis do mercado (Boltanski; Chiapello, 2009).

Sendo assim, a questão que a noção de autonomia coloca hoje é aquela de justamente nos interrogarmos sobre a influência dos determinantes do mercado, reconhecendo as transformações determinadas e orientadas pelo espírito do “novo capitalismo”. Como argumenta ainda Chauí (2000), “a busca pela autonomia é aquela que compreende esse processo, explica esse processo, interpreta esse processo, resiste a ele e cria as armas de combate teórico e prático contra isso”. Compreender esse processo significa, por assim dizer, buscar lançar luzes sobre as nossas instituições, identificar seus problemas e contradições e quais são os fatores que impedem hoje o exercício da autonomia enquanto capacidade de reflexão crítica.

Nessa perspectiva é que podemos recolocar a discussão sobre o alto “custo” da saúde, argumento central das políticas neoliberais nesse campo. No caso do discurso da promoção da saúde, este aposta que a ação individual possui a força capaz de pro-

vocar as transformações necessárias à obtenção de uma vida saudável. Como consequência, a insistência no controle do indivíduo sobre o processo saúde-doença contribui para justificar o argumento de que é possível assegurar a saúde sem que seja necessário que o Estado realize de fato esforços para a construção institucional de um sistema público de saúde que funcione nas condições necessárias para atender às demandas da população (Carvalho, 2004).

No coração dessas mudanças analisadas, o discurso da promoção da saúde aparece como novo paradigma sanitário em vias de se consolidar, formulado no bojo das principais agências de financiamento como o Banco Mundial (Carvalho, 2007). O protagonismo do Banco Mundial na formulação das políticas de saúde dos países antes denominados de “capitalismo periférico” revela-se nos documentos produzidos por ele nessa área, que contêm orientações para as políticas estatais a serem implantadas mediante disponibilização de empréstimos. Os documentos produzidos pelo Banco para orientar a política de saúde no caso brasileiro - por exemplo “Brasil: novo desafio à saúde do adulto” (1991) e “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90” (1994) - defendiam a ampliação do setor privado na prestação de serviços de saúde incentivando o Estado a repassar recursos para “qualquer entidade prestar os serviços de saúde” (Banco Mundial, 1991, p. 117). Percebe-se, assim, que o Banco Mundial não é somente um provedor de dinheiro que move economias, mas é também um provedor de políticas e de discursos que move sociabilidades e subjetividades.

Um dos desafios que se coloca atualmente no campo das políticas de saúde nos parece ser o de não descartar a ideia de conquista da autonomia, como já dissemos, mas realizar uma crítica das concepções atuais de autonomia, colonizadas e manipuladas hoje pelas políticas neoliberais. Talvez ainda seja fundamental dentro do contexto brasileiro reafirmar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 2007) e que o caminho para a efetivação desse objetivo deveria ser a retomada da ação política coletiva e pública.

## Considerações finais

Pensamos ser fundamental a discussão sobre o cenário no qual se assenta o discurso da promoção da saúde. Como discurso plural e que atravessa diferentes compreensões e práticas, a Promoção da Saúde não está reduzida à análise aqui levantada, de modo que reconhecemos sem dúvida a pluralidade de entendimentos com que diferentes atores sociais e sujeitos têm utilizado seus conceitos. Entretanto, neste estudo buscamos destacar como, no Brasil, o discurso da Promoção da Saúde é atravessado e participa, de uma forma geral, da construção de concepções do campo sanitário contemporâneo, que reflete algumas hegemonias como o acento que recebe hoje a preocupação com a saúde e estilos de vida, marcadamente referidos ao modo como cada indivíduo deve cuidar e gerenciar, por si mesmo, seus riscos.

Como utopia da saúde perfeita, cria-se hoje uma rede conceitual e prática que vem produzindo efeitos significativos do ponto de vista das transformações subjetivas. E buscamos compreender essas transformações a partir de uma análise do documento da PNPS, identificando-o como discurso oficial que orienta a implementação das ações em âmbito nacional, embora o considerando atravessado por diferentes concepções e práticas. Identificamos, após esta análise, que o campo discursivo da promoção da saúde se sustenta em uma concepção de um indivíduo capaz de se autorregular, de ser gestor e responsável por sua própria saúde e riscos. Contudo, o acesso a uma alimentação nutritiva e saudável, a espaços adequados para o lazer, ambientes propícios para a prática de esportes, informações básicas sobre o cuidado com a saúde, não dependem unicamente da mudança de hábitos individuais, mas de políticas públicas que sustentem uma concepção de sociedade, no caso brasileiro, ainda a construir.

O discurso da promoção da saúde ao prescrever “estilos de vida” se detém na superfície do problema da saúde, no qual a mudança de hábitos é apenas a ponta do iceberg. Mais no fundo há numa discussão mais profunda que tais políticas parecem não querer enfrentar. É preciso, enfim, considerar uma série de fatores de natureza social, cultural e, no caso do

Brasil, até mesmo uma ausência da experiência de cidadania que inviabiliza a adoção dos comportamentos saudáveis recomendados. O cuidado com a saúde não se limita a prescrições sobre os hábitos de vida. No momento em que reduzimos a promoção da saúde à definição de estilos de vida, perdemos de vista uma importante discussão sobre uma política de saúde voltada para os cuidados com o adoecer que leve em conta determinantes subjetivos e socioambientais presentes no processo de adoecimento e para os quais é preciso que o sistema de saúde responda efetivamente.

Analisando o discurso de promoção da saúde, identificamos uma concepção de liberdade como um atributo “natural” a todo homem, portanto já dado, e não como um processo cuja perspectiva seria a conquista de um agir autônomo a partir de um exercício crítico dos modos de vida que nos são impostos. Ao apostar na ação individual, o discurso da promoção da saúde abstrai a causalidade estrutural das condições de existência das pessoas, como se as condutas individuais ali prescritas em nome de um “bem-estar” pudessem, por si mesmas, superar as desigualdades. O apelo à autonomização recorre às estratégias individuais sem tratar das contradições sistêmicas.

Observamos, desse modo, que as noções de liberdade e de autonomia aparecem como verdadeiros axiomas. A liberdade, que no caso estudado supõe a escolha pelos estilos de vida prescritos no documento, assume ali um sentido de “responsabilidade individual”. Sem a crença num propósito coletivo, os indivíduos, cada um por si, passam a ser responsáveis por dar sentido as suas vidas. Assim, autoadministrar a própria vida, e no caso a saúde, é o que define a noção de autonomia tal como se apresenta no discurso do documento analisado. Esse sentido de autonomia se materializa em diversas práticas sociais atuais, dentre elas as políticas de saúde em sua maioria marcadas por discursos apoiados na responsabilização individual.

A análise do documento da Política Nacional de Promoção da Saúde nos permitiu, ainda, observar a total ausência de enunciados em que o lugar do Eu - no caso o Estado, autoridade responsável pela definição das políticas públicas - seja afirmado, o

que produz como efeito uma indefinição sobre a responsabilidade e o compromisso com o que se diz. Desse modo, os lugares enunciativos do Eu e do Outro se confundem e se intercambiam, não ficando claro em diversos pontos do documento quem deve se responsabilizar pela implementação das ações ali propostas. Quando a especificidade de cada lugar se anula, a tensão constitutiva de toda enunciação também se desfaz, prevalecendo a ambiguidade.

Sendo um discurso pragmático que versa sobre o que devemos fazer e como fazer para obter um estilo de vida saudável, o discurso *Métis* identificado aqui com os enunciados da saúde promocional não abre espaço para reflexão e a crítica. O saber pragmático característico da pós-modernidade não obedece, como analisou Lyotard (2006), a nenhum regime de verdade, sendo a eficácia seu único critério de validação.

A promoção da saúde, do ponto de vista dessa gênese conceitual que buscamos traçar, se apresenta como um discurso característico da condição pós-moderna, carregando assim um novo sentido de saúde que emerge no contexto de uma sociedade de consumo ultraliberal. Buscamos mostrar que o discurso da promoção da saúde é efeito de transformações maiores, que foram sintetizadas por Lyotard (2006) na descrição das condições de surgimento da pós-modernidade. No Brasil a promoção da saúde assumiu o estatuto de uma Política Nacional incorporando o discurso oficial da OMS, correspondendo, por fim, ao discurso neoliberal do Banco Mundial exatamente no momento em que se buscava construir um Sistema Único institucionalmente capaz de atender às necessidades de universalização dos cuidados com a saúde.

## Referências

- AMORIM, M. Formas de saber na cultura contemporânea. In: SZAPIRO, A. (Org). *Clínica da pós-modernidade: formas de subjetivação, de violência e de dessimbolização*. Rio de Janeiro: Bapera, 2009. p. 9-18.
- AMORIM, M. *Petit traité de la bêtise contemporaine: suivi de comment (re)devenir intelligent*. Toulouse: Érès, 2012.

- BANCO MUNDIAL. *Brasil: novo desafio à saúde do adulto*. Washington, DC: Banco Mundial, 1991.
- BANCO MUNDIAL. *A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90*. São Paulo: Banco Mundial, 1994.
- BENVENISTE, E. *Problemas de linguística geral II*. Campinas: Pontes, 2006.
- BOLTANSKI, L.; CHIAPELLO, E. *O novo espírito do capitalismo*. São Paulo: Martins Fontes, 2009.
- BRASIL. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. v. 7. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaNacionalPromocaoSaude.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2016.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 11. ed. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2007.
- BRASIL. *Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014*. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)>. Acesso em: 25 nov. 2015.
- CARVALHO, S. R. *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- CASTIEL, L. D.; DIAZ, C. A-D. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- CHAUÍ, M. Resistir às determinações do mercado: em busca da autonomia do saber. *Revista Adusp*, São Paulo, v. 21, p. 48-54, 2000.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 43-57.
- DELEUZE, G. Post-Scriptum sobre as sociedades de controle. In: DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992. p. 219-226.
- DUFOUR, D-R. *A arte de reduzir as cabeças: sobre a nova servidão na sociedade ultraliberal*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005.
- DUFOUR, D-R. *O Divino Mercado: a revolução cultural liberal*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.
- DUFOUR, D-R. *La Cité Pervers: libéralisme et pornographie*. Paris: Denoël, 2009.
- ELIAS, N. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.
- FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In Foucault, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 285-315.
- FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 2008.
- KANT, I. *Resposta à pergunta: o que é o Iluminismo?* 1784. Disponível em: <[http://www.lusosofia.net/textos/kant\\_o\\_iluminismo\\_1784.pdf](http://www.lusosofia.net/textos/kant_o_iluminismo_1784.pdf)>. Acesso em: 26 fev. 2013. Publicado originalmente em 1784.
- LYOTARD, J. F. *A condição pós-moderna*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2006.
- NOGUEIRA, R. P. *A saúde pelo avesso*. Natal, Rio Grande do Norte: Seminare, 2003.
- PAIM, J. S; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.
- SZAPIRO, A. M. Em tempos de Pós-Modernidade: vivendo a vida saudável e sem paixões. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 15-27, 2005.
- TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 223-238, 2007.

---

#### Contribuição dos autores

Furtado e Szapiro foram igualmente responsáveis pela concepção, revisão bibliográfica e escrita do artigo.

Recebido: 30/04/2015

Reapresentado: 01/12/2015

Aprovado: 03/12/2015